

Schmerz und Rollenübernahme: Überlegungen zur Funktion und Deutung von Schmerzen in der medizinischen Rehabilitation und der Sterbendenversorgung

Dreßke, Stefan; Göckenjan, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dreßke, S., & Göckenjan, G. (2009). Schmerz und Rollenübernahme: Überlegungen zur Funktion und Deutung von Schmerzen in der medizinischen Rehabilitation und der Sterbendenversorgung. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 33(3), 91-109. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-386226>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Stefan Dreßke & Gerd Göckenjan

Schmerz und Rollenübernahme.

Überlegungen zur Funktion und Deutung von Schmerzen in der
medizinischen Rehabilitation und der Sterbendenversorgung

Im vorliegenden Beitrag wird die Bedeutung des Schmerzes für die Einnahme neuer Rollen am Beispiel von zwei Bereichen der Gesundheitsversorgung diskutiert. Schmerz kann durch das Erleben körperlicher Zerbrechlichkeit zur Reorganisation von Identität motivieren, wenn diese Statuspassagen in einem günstigen Kontext stattfinden und durch soziale Zuweisungen angeleitet werden. Das trifft sogar dann zu, wenn in sozial unerwünschte Rollen sozialisiert wird, wie am Beispiel der Palliativversorgung und der medizinischen Rehabilitation traumatisch querschnittgelähmter Patienten gezeigt werden kann. In teilnehmenden Beobachtungsstudien wurden Schmerzinteraktionen und Schmerzstrategien untersucht, mit denen die neuen Rollenzuschritte als behindert und sterbend vereinbart werden. Das Schmerzmanagement besteht in der Balancierung von Schmerzen, Schmerzfreiheit und Körperbewusstsein.

Schlüsselwörter: Schmerz, Sterben, Behinderung, Palliativmedizin, medizinische Rehabilitation

Schmerz und soziale Erfahrung

Im öffentlichen Diskurs, nicht zuletzt repräsentiert durch die Medizin, wird Schmerz als eine Zumutung thematisiert, die es zu bekämpfen gilt. Schmerz soll nicht ertragen werden müssen und schon gar nicht zugefügt werden. Dagegen beklagt die Kulturkritik, dass das Schmerzverbot und das Streben nach Schmerzfreiheit zu einem Mangel an Sinnzuweisung führe. Wir brauchen den Schmerz, so das Argument, um uns selbst und unsere Umwelt erfahren zu können. Eine derart anthropologisierende Position mag Ordnungswünsche erfüllen, pragmatisch ist sie nicht: Schmerz ist unangenehm und mit Schmerz lässt es sich schlichtweg schlecht leben. Der pragmatischen Position aber fehlt nicht nur die Idee, sondern vielfältig auch eine Realisierungschance. Beide Positionen, mit Schmerzbedarf und Schmerzverbot umschrieben, sind empirisch und konzeptionell unbefriedigend.

Im vorliegenden Beitrag sollen in Kulturkritik und Sozialanthropologie geläufige Sichtweisen zur Funktion von Schmerz in sozialer Interaktion in Beziehung gebracht werden mit den alltäglichen Schmerzinteraktionen in der Krankenversorgung. Schmerz ist eben nicht nur physiologisches Ereignis und körperliches Empfinden, sondern auch soziale Erfahrung. Schmerz heißt eine Figuration, die Lebensereignisse und Statuspassagen nicht nur begleitet, sondern vielmehr markiert und strukturiert. Wir wollen von Sozialisationschmerz sprechen, dem Ertragen und Zufügen von Schmerzen in Interaktionen, die zu Zuweisungen von Rollen und zur Stabilisierung von Identitäten führen. Dabei erscheint die medizinische Rehabilitation traumatisch querschnittgelähmter Patienten ideal, um die medizinische Mechanik von Passagen und Rollenzuweisungen zu untersuchen. Die Sterbendenversorgung, die derartiges zu vermissen scheint, soll hier in einer Art Kontrolluntersuchung zugezogen werden.

Seitdem Schmerz als komplexes Phänomen aufgefasst wird, liegen die sozialen Dimensionen der Schmerzerfahrung auf der Hand. In allen Sequenzen ist Schmerz mit sozialen Erfahrungen und Zuweisungen verbunden. Schmerzempfinden, Schmerzempfindlichkeit oder die ausgelösten Gefühle sind an gesellschaftlichen Werten orientiert und in entsprechenden Kommunikationscodes ausgedrückt. Diese Sichtweise dürfte weithin geteilt werden. Die hier zugezogene körpersoziologische Perspektive ist weniger präsent: Schmerz verknüpft Körper mit Gesellschaft. Schmerz ist das Medium, mit dem Gesellschaft inkorporiert wird. Wenn alle Körpertechniken nicht etwa ›natürliche‹ anthropologische Ausstattung sind, wie wir mit Marcel Mauss (1975) erwarten, dann werden sie aber mit diesem ›naturhaften‹ Medium Schmerz eingeschrieben. Entsprechend sind Schmerzen immer deutungsbedürftig. Sie sind mal unbeachtlich, mal gefährliche Zeichen, mal verpönt und nicht erlaubt, aber dann auch wieder willkommen und notwendig.

Allerdings wird der Schmerzdiskurs, wie gesagt, durch die Medizin dominiert, und damit in der Regel durch pragmatisch Schmerz bekämpfende und wenig soziologische Perspektiven. Das medizinische Verhältnis zum Schmerz ist aber nicht nur das zu einem Gegner. Schmerz wird auch als körperliche Wächterfunktion gesehen und kann für die Behandlung

notwendig sein. In dem gängigsten Modell wird Schmerzgeschehen vor dem Hintergrund von Biologie und Physiologie als ein Problem von Nerven und Nervenreizleitung gesehen. Komplexere, multikausale Modelle, Varianten der Gate-Control-Theorie (vgl. Melzack & Wall, 1982), verstehen Schmerz als ein Zusammenspiel von physiologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen.

Soweit wir sehen, bleiben komplexere theoretische Modelle in der Schmerzversorgung mehr oder weniger abstraktes Hintergrundwissen, das kaum Niederschlag in den Praktiken des medizinischen Normalbetriebs findet und für die spezialistische Schmerz- und Palliativversorgung reserviert bleibt. So vermuten Ärzte häufig, dass z. B. viele chronische Schmerzen auf soziale Einflüsse zurückgeführt werden können und finden dafür auch vielfältige Belege. Allerdings werden diese Einflüsse meist als ›psychisch‹ etikettiert und überdies stehen ihnen für die Behandlung solcher ›psychisch überlagerten‹ Schmerzen keine geeigneten Mittel zur Verfügung. Die solchermaßen als ›schwierig‹ etikettierten Patienten werden pharmazeutisch weiterbehandelt und dann entlassen (vgl. Eksterowicz & Eksterowicz, 2004). Trotzdem sind in den medizinischen Milieus Einstellungen und Praktiken durchaus unterschiedlich ausgeprägt.

Das empirische Material des vorliegenden Beitrags stammt aus verschiedenen von uns durchgeführten teilnehmenden Beobachtungsstudien im Krankenhaus, der Rehabilitation querschnittgelähmter Patienten und der Sterbendenversorgung.¹ Wir nehmen den Befund auf, dass Schmerz eine zentrale Rolle in den Zuweisungs- und Sozialisationsprozessen als ›behindert‹ respektive ›sterbend‹ spielt. Sowohl in der Rehabilitation traumatisch querschnittgelähmter Patienten als auch in der Sterbendenversorgung sozialisiert das Personal in (meist) nicht umkehrbaren Statuspassagen in sozial unerwünschte Rollen. Dabei können Versorgungsideo-logien und Versorgungsziele in den beiden Bereichen nicht weiter auseinander liegen: Geht es in der Rehabilitation um Lebensrettung und anschließende Re-Integration in die Gesellschaft, so ist die Sterbendenversorgung genau auf das Gegenteil hin ausgerichtet – die soziale Ausgliederung Sterbender. Trotzdem spielt Schmerz jeweils eine prominente Rolle in den Problemdiskursen und ist alles andere als eine selbstverständliche

Hintergrunderwartung in den Alltagspraktiken. In der Schmerzerfahrung manifestieren sich die Unumkehrbarkeit und Unvermeidbarkeit von unfreiwillig eingenommenen, im strengen Sinne gesellschaftlich erwungenen Rollenzuschreibungen.

Medizinische Rehabilitation: Schmerz als Passagehelfer

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation Querschnittgelähmter ist die Eingliederung in ein normales Leben und größtmögliche Selbstständigkeit, so weit es die körperlichen, psychischen und sozialen Zustände zulassen. Von den Patienten wird ein Höchstmaß körperlicher Leistung verlangt, »Hochleistungssport« sagen Krankengymnasten dazu. Patienten müssen selbst aktiv werden, der Therapieerfolg hängt von ihrer Mitarbeit ab. Dies ist natürlich in der üblichen Krankenversorgung ebenso, tritt im Rehabilitationsmilieu jedoch weitaus verschärfter auf (vgl. Gerhard, 1991; Parsons, 1965). Mitarbeit bedeutet das Ertragen von Zumutungen und von Schmerzen, wobei keine Aussicht auf vollständige Wiederherstellung besteht.

Den Patienten muss klar sein, dass sie mit einer Behinderung leben werden. Im Kranksein liegt eine intrinsische Motivation vor, wieder gesund zu werden, schon allein um sich von den Schmerzen zu befreien. Solche Motivation ist in der Reha allerdings fehlgeleitet, da keine Wiederherstellung möglich und ein Leben mit Behinderung zu organisieren ist. Eine intrinsische Motivation zum »Behindertwerden« kann es aber, zunächst jedenfalls, nicht geben. Das Personal muss also, da es sich um eine unerwünschte Rolle handelt, die Patienten beständig zur Mitarbeit motivieren, und das bedeutet, Patienten müssen erst einmal Schmerzen ertragen, von deren Sinnhaftigkeit sie noch überzeugt werden müssen. Wenn Schmerzen – selbstverständlich auch – bekämpft werden, dann nur insofern sie in der Statuspassage zum Hemmnis einer gelingenden Sozialisation zum Behinderten werden.

In jedem Fall markieren Schmerzen die Passage zum Behinderten. In der Passagestructur müssen Schmerzen zugelassen werden, sie motivieren nicht nur zu Veränderungen, sie erzwingen Veränderungen geradezu. Ein

Zurück gibt es praktisch nicht mehr, und das obgleich sich der Körper gelegentlich aufbäumt und sich seine Eigenmächtigkeit der sozialen Kontrolle entgegen stellt. Zögerndes oder teilkooperatives Verhalten wird als Versagen gedeutet und in der Interaktion auch so thematisiert. Schmerz ist hier also ganz funktional als Passagehelfer aufzufassen. Schmerzmanagement hat die Funktion, die soziale Kontrolle über den Körper zu unterstützen.

Schmerzmanagement würde nie soweit gehen dürfen, dass der Körper nicht mehr gespürt werden kann. Es liegt auf der Hand, dass dann die Motivation fehlt, die Passage zu durchlaufen, aber genauso können die die Passage strukturierenden Markierungen des Anfangs, der Mitte und des Endes nicht erlebt werden. Den Körper nicht zu spüren, ist aber selbstverständlich bei einer Querschnittlähmung noch von besonderer Bedeutung und insofern ist der Nichtschmerz ein spezielles Thema. Bei einem Teil des Körpers, zumindest des Unterkörpers, liegen Sensibilitäts-einbußen vor oder Körperareale können gänzlich nicht gespürt und motorisch angesteuert werden. Zur Körpernavigation sind damit also nicht nur Schmerzen, sondern auch Nichtschmerzen zu thematisieren und ist ihr Management zu analysieren.

Die Organisation der Statuspassage und das Schmerzmanagement als Balancierung von Schmerzen, Schmerzfreiheit und Körperbewusstsein soll anhand eines Fallbeispiels vorgestellt werden: Herr Gabriel ist ein 19-jähriger Patient deutschrussischer Herkunft. Er hat sich seinen paraplegischen Querschnitt durch einen Autounfall zugezogen, der ihn nach einem Diskobesuch alkoholisiert und nicht angeschnallt traf. Seine Beifahrerin kam mit dem Schrecken davon. Er hat eine Tochter mit seiner Freundin (sie saß nicht mit im PKW) und wohnt noch bei seinen Eltern.

Schmerzmanagement ist das zentrale Motiv seiner Patientenkarriere während einer 30wöchigen Rehabilitation im Anschluss an die 5wöchige Intensivbehandlung. Ohne auf die Struktur der Gesamtkarriere eingehen zu können, sollen hier die zwei leitenden paradigmatischen Motive analysiert werden, die des Schmerzes und des Nichtschmerzes, die seinen Aufenthalt in der Klinik und die Zuweisungen als ›querschnittgelähmt‹ bestimmten. Dabei soll auf zwei Episoden näher eingegangen werden, die

als Meilensteine in der Patientenkarriere angesehen werden können: die erste Mobilisierung in den Rollstuhl und das Lernen des selbständigen Blasenmanagements.

Der durchstandene Schmerz: Vom Mühsal der Besserung

Herr Gabriel wird als ein sehr schmerzempfindlicher Patient auf der Station geführt. Postoperativ hat er sehr starke Schmerzen, die auch durch Schmerzmittel nicht zu beherrschen sind. Nur in Ruhestellung im Bett kann er es aushalten. Sobald er sich bewegt oder sich aufrichtet, empfindet er so starke Schmerzen im Rückenbereich, dass er sofort wieder die Ruhestellung einnimmt. Eine Untersuchung ergibt, dass sich seine Muskeln durch zu langes Liegen verkürzt haben. Um ihn zum Aufgeben seiner ›Schonhaltung‹ zu zwingen, wird Herr Gabriel in den Rollstuhl mobilisiert, was allerdings sowieso routinemäßig zu den frühen Rehabilitationszielen gehört. Naturgemäß würde Herr Gabriel es vorziehen, im Bett zu bleiben, aber er ist bereit, beim Transfer mitzuarbeiten.

Der erste Transfer vom Bett in den Rollstuhl ist für Herrn Gabriel extrem schmerzhaft. Üblicherweise übernehmen die Pflegekräfte die Hilfestellung bei den Transfers. Wegen der starken Schmerzen im Oberkörper ruft der zuständige Pfleger jedoch noch eine Krankengymnastin hinzu. Sofort zeigt sich, dass diese nicht nur funktionale, sondern vielleicht vorwiegend stimulierende Aufgaben hat. Nach einem Scherz wird mit dem Transfer begonnen. Von vorn umarmt ihn die Krankengymnastin in der sogenannten Liebhaberposition, hinten stützt der Pfleger den Rücken. Zunächst wird Herr Gabriel in Sitzposition gebracht. Dabei kann er nur sehr schwer Schmerzäußerungen unterdrücken und stöhnt immer wieder auf. Es ist die Krankengymnastin, die ihn tröstet und sagt, dass er ruhig vor Schmerz laut aufschreien kann. Nachdem sich der Patient nach zwei oder drei Minuten im Sitzen von den Schmerzspitzen erholt hat, wird der Transfer fortgesetzt. Herr Gabriel wird vorn und hinten gepackt und in den Rollstuhl hinüber gehoben. Es geht so schnell, dass er zu wenig Zeit zu haben scheint, um Schmerzen zu haben. Anschließend wird der Patient im Rollstuhl gerade gerückt und werden Füße und Beine justiert. Auch hier ist es die Krankengymnastin, die die Perspektive aufzeigt und

ihn fragt, ob er das Krankenhaus sehen möchte und ihn aus dem Krankenzimmer schiebt. Während der Krankenhausbesichtigung scheint Herr Gabriel seinen Schmerz gänzlich vergessen zu haben, obgleich er immer noch an seinem wehleidigen Gesichtsausdruck festhält.

Schmerz wird in diesem Fallbeispiel physiologisch als ein Symptom der Muskelverkürzung erkannt, der Befund gibt das durchaus willkommene Zeichen für die Notwendigkeit einer sofortigen Mobilisierung. Die Intervention ›Rollstuhlmobilisation‹ könnte damit durchaus als dringende, nicht aufschiebbare Krankheitsbehandlung aufgefasst und vermittelt werden, und die schnelle Mobilisierung ist tatsächlich nicht zuletzt eine Prävention chronischer Schmerzen. Diese Auffassung käme durchaus der des Patienten Gabriel entgegen, der sich als Kranker versteht, allerdings der Krankenrolle entsprechend Schonung und Ruhe einfordert.

Dem gegenüber verweist die Episode auf den Charakter der Rehabilitation. Als Rehabilitand wird vom Patienten gefordert, die Krankenrolle aufzugeben, der Verbleib oder Rückzug in den besonderen Schutzraum des Krankenstandes wird nicht akzeptiert. Querschnittlähmung ist zwar eine medizinische Pathologie, aber das Pflegepersonal macht Patienten regelmäßig begreiflich, sie seien nicht krank und ihr Aufenthalt diene auch nicht der Erholung.

Als Patient wäre Herr Gabriel mit seinen starken Schmerzen tatsächlich wohl auch nicht mobilisierungsfähig. Denn er ist während seines gesamten Aufenthaltes abhängig von hohen Schmerzmittelgaben. Er bekommt Morphin, das erst im Laufe der Rehabilitation auf immer weiter sinkende Dosen reduziert wird. Das Besondere an der Episode des Mobilisierens lässt sich jetzt gut erkennen: Schmerzen werden bekämpft, indem dem Rehabilitand kurzfristig noch mehr Schmerzen zugefügt werden, er Schmerzen auszuhalten gezwungen wird. Das lässt sich auf die gesamte Patientenkarriere ausweiten: In jeder krankengymnastischen Einheit müssen mehr Schmerzen ertragen werden. Allerdings führen die Maßnahmen zu einer Verbesserung der körperlichen Funktionen und damit zu einer Abnahme der Schmerzen.

Dieses Schmerzmanagement ist aber nicht Selbstzweck, sondern steht im Kontext einer umfassenderen Passagestruktur. In der Perspektive des

Herrn Gabriel führt der durchstandene Schmerz nicht nur zur Verringerung der Schmerzen, sondern erlaubt ihm auch größere Handlungsfreiheit und setzt die Motivation in Gang, weiter zu machen. Damit ist Schmerzmanagement nicht nur paternalistisches Entscheiden, sondern auch notwendiger Aushandlungsprozess mit den Betroffenen (vgl. Fagerhaugh & Strauss, 1977). In der Perspektive des Verfahrens sind die jeweils akuten Schmerzspitzen aber nicht als Mittel zur Schmerzreduktion in Kauf zu nehmen, sie leiten vielmehr kontinuierlich neue Zuweisungen des Rehabilitanden als behindert an.

Fähigkeiten, Einstellungen und Körpertechniken müssen gelernt werden, Körpertechniken, die hier in der Querschnittrehabilitation sehr handgreiflich nicht ›natürliche‹ sind, sondern erzwungen werden müssen. Der neue Status, der im strikten Sinne durch ganz neue Arten der Körperbeherrschung entsteht, ergibt sich quasi ›natürlich‹ als ständig ablaufende Schmerz- und damit Körpernormalisierung. Schon allein deshalb können Rehabilitanden nicht vollständig schmerzfrei gehalten werden, solange der Status nicht gesichert ist. So wird bei Herrn Gabriel die Schmerzmitteldosis z. B. auch verringert, um seine Müdigkeit und das Erschlaffen des Körperbewusstseins auszugleichen sowie die nötige Straffheit beizubehalten.

Nicht nur die vorhergehende Verletzung, auch die anschließende Rehabilitation verändert Identität und Selbstbilder der Betroffenen. Dabei reagieren nicht alle Rehabilitanden gleich auf die geforderten Umstellungen und stellen unterschiedliche Anforderungen. So werden Herrn Gabriel schmerzbezogen Persönlichkeitsmängel zugeschrieben, die es im Umgang zu beachten gilt: Herr Gabriel wird als verspannt geschildert, »arbeitet gegen den Schmerz« und ist überhaupt sehr wehleidig. Er setze sich nicht offensiv mit seinem Schmerz auseinander und würde die innere Konfrontation vermeiden. Damit stellt er die Geduld der Pflegekräfte auf eine harte Probe. Typisch für dieses Milieu wird das Problem offensiv angegangen. Man etikettiert ihn und spricht ihn direkt mit »Sissy« an, fraglos mehr eine Beleidigung als ein Motivationsschub, ein Etikett, das er schließlich selbst resignierend für sich aufnimmt. Die Schmerzempfindlichkeit von Herrn Gabriel wird zwar ernst genommen und nicht als ille-

gitim abgewiesen; abgewiesen werden jedoch die Wünsche nach Ruhe, Schonung und nach mehr Schmerzmittel.

Den Kontrast dazu bilden Patienten, die *tough* ihren Schmerz nicht nur aushalten, sondern auch überwinden. Ein Beispiel dafür ist Herr Wilke, ebenfalls 19jährig und durch einen Autounfall paraplegisch gelähmt. Er arbeitet hoch motiviert mit und schon in der ersten Woche formuliert er als Nahziel die Wochenendentlassung zu seinem Geburtstag. Er weiß, dass er dafür an seiner Körperkoordination arbeiten und selbstständig Pfl egetätigkeiten ausführen muss. Die Pflegekräfte sagen über ihn, er suche seine kleinen Erfolge in den Therapien und sei stolz auf seine Leistungen. Herr Wilke ist typisch für Patienten, die offensiv an Verbesserungen arbeiten und die auch in Maßnahmen, die fraglos symbolisch die Behinderung zementieren (wie etwa die Rollstuhlnutzung) noch unmittelbare Vorteile sehen, wenngleich auch sie unter Umständen nicht die Hoffnung aufgegeben haben, wieder ›Fußgänger‹ zu werden. Hier wird der Unterschied für die Auseinandersetzung mit der Querschnittslähmung deutlich: Patienten wie Herr Gabriel schauen zurück und wollen ihre Behinderung »nicht wahr haben«, was sich im Widerstand gegen Behandlungsmaßnahmen zeigt, die nicht direkt auf das ›Laufenlernen‹ gerichtet sind.

Nichtschmerz: Mangelndes Körperbewusstsein und Passagemotivation

Die Notwendigkeit, Schmerzen zu empfinden, tritt bei Querschnittslähmung noch als besondere Problemlage auf. Abhängig von der Höhe und der Komplettheit des Querschnitts kann der Körper kaum oder gar nicht gespürt werden. Zunächst verspürt auch Herr Gabriel keine Empfindungen im Unterkörper, aber nach einigen Tagen beobachtet er ein Zucken in den Beinen. Die Erscheinung wird als unwillkürliche Muskelkontraktionen verstanden und auf eine spastische Lähmung zurückgeführt. Demgegenüber beobachtet das Pflegepersonal nicht, dass Herr Gabriel Empfindungen beim Kathetern verspürt, als zum Urinlassen eine schmale Röhre in die Harnröhre eingeführt wird. Im Weiteren insistiert der Patient darauf, etwas in den Beinen gespürt und die Zehen leicht bewegt zu haben und hegt die Hoffnung, dass »etwas zurückkommt«.

Solche Deutungen von Körperempfindungen haben ganz reale Konsequenzen für die Teilnahme des Rehabilitanden am Therapieprogramm. Besteht die Hoffnung, dass sich die Nerven wieder erholen, bräuchte Herr Gabriel Techniken nicht zu lernen, die zum Leben als Querschnittsgelähmter dazugehören, wie etwa Kathetern oder das Beherrschen des Rollstuhls. Deshalb versucht das Personal, »nichts schön zu reden« und bestätigt seine Empfindungen nur sehr zögernd. Manchmal werden solche auch schlichtweg bestritten. Warum ist die Deutung der Körperempfindung so ein zentraler Aushandlungsgegenstand?

Rehabilitanden mit komplett insensiblen Lähmungen laufen Gefahr, die für sie unnützen und sogar hinderlichen Körperareale zu vernachlässigen. Die daraus regelmäßig sich ergebenden Verletzungen, Dekubita und Harnwegsinfekte können lebensgefährlich werden. Auf der anderen Seite werden bei Teilsensibilität unrealistische Hoffnungen auf Wiederherstellung gehegt; zumindest aber Hoffnungen, wieder laufen zu können. Vor diesem Hintergrund können Rehabilitanden, wie Herr Gabriel, hinauszögern, behindertengerechte Körpertechniken zu lernen, eben in der Hoffnung, die Klinik als ›Fußgänger‹ zu verlassen.

Ein Problem der Pflegekräfte ist der Widerstand von Herrn Gabriel, Kathetern zu lernen, um selbständig sein Blasenmanagement auszuführen. Sein Widerstand ist auch wieder vor dem Hintergrund des Gegensatzes von Fühlen und Nichtfühlen zu sehen. Das Gefühl in den Beinen – hier ist Schmerz geradezu willkommen – verspricht eine Zukunft als Fußgänger, für die er Kathetern nicht zu lernen braucht. Diese Zukunft wird durch das Nichtspüren des Urinal- und Darmtraktes geradezu unterstützt: Im Schweigen der Organe fehlt der Schmerz als Triebkraft, um die für eine Querschnittslähmung zentrale Körpertechnik zu lernen, an deren Beherrschen unmittelbar keine neuen Handlungsfreiheiten geknüpft sind.

Hinzu kommt, dass das Nichtfunktionieren der Ausscheidung stellvertretend von den Pflegekräften kompensiert wird und Herr Gabriel sich weiterhin von seinem Körper distanzieren kann. Ohne die Hilfe der intrinsischen Motivation des Körpergefühls muss das Personal auf kognitive Strategien zurückgreifen, um dem Rehabilitanden das Ausschei-

dungsmanagement zu vermitteln. Thematisiert wird Männlichkeit als körper- und schmerzbezogene Zuschreibung. Gerade im Kontext des Katheters wird Herrn Gabriel vor Augen geführt, dass sein Geschlechtsbild gefährdet ist. Die alte, gesunde Geschlechtsidentität wird abgewiesen, als der Pfleger nach einem gescheiterten Katheterversuch ausgesprochen barsch reagiert und ohne Trost zu spenden, nur die Konsultation des Psychologen empfiehlt. Herr Gabriel wird hier als Mann disqualifiziert und ihm werden ›weiche‹ emotionale Gründe für sein Problem zugewiesen. Nachdem er das Kathetern gelernt hat, wird das frühere Scheitern des Selbstkatheterns auf eine anatomische Anomalie der Harnröhre zurückgeführt. Mit der Versachlichung wird ihm wieder Männlichkeit zugewiesen, allerdings eine, die an die Behinderung angepasst ist. Die rituelle Degradierung in dieser Episode kann ebenfalls als Mittel der Passageorganisation angesehen werden, aber es ist eben auch nur ein schlechter Ersatz für den zu neuen Rollen motivierenden Schmerz.

Das Beispiel von Herrn Gabriel zeigt, dass Schmerz im Hinblick auf Wandlungsprozesse und Zuschreibung von Identität ganz vielfältig als Begleitung, Markierung, Motivation, sogar als Zwang zu bedenken ist. Schmerz tritt auf, wenn Identität bedroht und aufzugeben ist. Schipperges (1986) spricht vom Zerstörungsschmerz, der zeigt, wie brüchig das selbstverständliche Verhaftetsein in der Welt werden kann. Schmerz ist in dieser Sicht anomische Erfahrung – eben Zerstörung des Selbst –, die in einem Suchprozess überwunden werden will, um das Selbst wieder zu stabilisieren (vgl. Baszanger, 1989). Die Episode um den in unserem Feld so wichtigen Nichtschmerz zeigt, dass Schmerz als subjektive Erfahrung immer ein Korrelat in der sozialen Erfahrung hat. Identität wird problematisch, wenn Zuschreibungen eben nicht in den Körper eingeschrieben werden können.

Schmerz in der Palliativversorgung

Geht es in der Rehabilitation um einen Wandlungsprozess von Identität, so ist die Organisation des Sterbens als Ausgliederung aus der Gesellschaft zu sehen und kann als finale Aufgabe von Identität verstanden

werden. Dabei dürfte der Schmerz eigentlich keine große Rolle spielen, denn gestorben wird an Organversagen. Demzufolge würden soziale Zuweisungen quasi ›natürlich‹ erfolgen. Am Beispiel der Palliativversorgung sollen die unterschiedlichen Facetten und Deutungen des Schmerzes für die Zuweisung der Sterberolle herausgearbeitet werden. Trotz der Unterschiede der Versorgungsmilieus können, bezogen auf das Verhältnis von Schmerzen und Schmerzfreiheit, ähnliche Mechanismen der Identitätszuweisung beobachtet werden.

Die Mitarbeit der Patienten in der Sterbephase ist zunächst an der traditionellen Krankenrolle orientiert, bei der der Patient mehr oder minder passiver Adressat eines pharmazeutischen Regimes ist, das sich in der spezialistischen Palliativversorgung dann auf das Lindern von Beschwerden bezieht. Beide genannten Milieus zielen also nicht auf Heilung ab. Während jedoch Rehabilitation eine Verschärfung von Forderungen an den Patienten ist, wird in der Palliativversorgung zunächst wesentlich weniger Eigenleistung vom Patienten erwartet – besonders in Bezug auf das Ertragen von Schmerzen. Bei näherer Betrachtung ist allerdings auch die ›Passivität‹ der Patienten eine Forderung, die aktive Teilnahme am Therapiegeschehen beinhaltet und wenig selbstverständlich ist. Auch hier muss das Personal hinsichtlich neuer Rollenzuschreibungen Vermittlungs- und Motivationsarbeit leisten, wie an einem Fallbeispiel gezeigt werden soll.

Frau Lehmann (47 Jahre alt, verheiratet, zwei Töchter, 11 und 14 Jahre alt) wird das zweite Mal auf die Palliativstation überwiesen, um die Knochenschmerzen ihrer austherapierten Krebserkrankung (vermutlich ein Brustkrebs) zu behandeln. Frau Lehmann wird als eine Patientin gesehen, die gegen ihre Krankheit »kämpft«, weshalb sie auch ihre Schmerzen sechs Wochen ausgehalten habe. Sie sähe, so die Meinung des Palliativteams, in der Schmerzbehandlung eine »Metapher des Todes«. Schmerzen signalisieren die Brüchigkeit des Körpers und eine Schmerzbehandlung – dies muss Frau Lehmann aus ihrem vorherigen Aufenthalt in der Palliativstation klar sein – bedeutet nur eine Verhüllung der Symptome und würde an ihrer Situation prinzipiell nichts ändern. So berichtet die Patientin der Psychologin, dass sie das Nähebedürfnis ihrer kleineren

Tochter vor Schmerzen abweisen musste, was der Tochter völlig unverständlich ist. Die starken Körperempfindungen werden zu Erfahrungen des Scheiterns und machen Rollenerfüllungen unmöglich.

Damit ist die einsetzende Schmerzbehandlung für Frau Lehmann zunächst dadurch motiviert, ihre üblichen sozialen Rollen weiterhin auszufüllen. Die nachfolgende Schmerztherapie ist jedoch nicht erfolgreich und Frau Lehmann leidet weiterhin. Am vierten Tag des Aufenthalts erklärt die Patientin auf der Oberarztvisite, sie bereue, nicht schon früher auf die Station gekommen zu sein, und fährt fort: Zu Hause könne sie sich nicht so ausruhen wie im Krankenhaus. Damit wird von der Patientin das Motiv der ›Kampfpause‹ aufgenommen – ein Ziel, dass das Personal schon am ersten Tag ihres Aufenthalts formuliert hat. Der Schmerz ist nun so stark, dass die alten Identitätsbezüge nicht mehr aufrechterhalten werden können und ähnlich wie bei Herrn Gabriel erzwingen auch bei Frau Lehmann mehr Schmerzen neue Identitätszuweisungen, hier allerdings das kontinuierliche Aufnehmen der Selbstsicht als sterbend. So wird im Team am nächsten Tag gesagt, dass Frau Lehmann nun »viel ausgeglichener« sei, aber immer noch »so furchtbar leiden würde«.

Die Schmerztherapie hat immer noch nicht angeschlagen und es wird morgens beobachtet, dass sich Frau Lehmann aus Angst vor Schmerzen nicht mehr im Bett bewegt. Frau Lehmann verlangt nach zusätzlichen Gaben, die jedoch zu Dämmerzuständen führen würden, vermutet die Oberärztin. Sie erwägt, gegen den Dämmerzustand ein Mittel zu verabreichen, verwirft jedoch diesen Weg, weil sie den Schmerzen eine »psychische Komponente« zuweist. Eine Erhöhung der Schmerzmitteldosis würde zwar Sedierung bedeuten, aber eben nicht das Problem lösen, denn die Schmerzen haben keinen körperlichen Ursprung, so die einhellige Meinung im Team. Tatsächlich geht es der Ärztin nicht um eine ›Palliation‹, eine Umhüllung des Leidens, sondern darum, das Leiden an seiner Ursache zu packen. So vermutet die Oberärztin, dass »mit der Phase der Akzeptanz [des Sterbens] die Schmerzfreiheit kommen würde«. Die dahinter stehende Annahme ist, dass sich Frau Lehmann nur mit dem Sterben auseinander setzt, wenn sie ihren Körper spürt, ja sogar schmerz-

haft spürt. Und die Schmerztherapie wird nur wirken, wenn sich die Patientin tatsächlich mit ihrem Sterben auseinandersetzt.

Die Strategie der Oberärztin scheint Erfolg zu haben: Frau Lehmann stirbt nach weiteren acht Tagen auf der Station einen schmerzfreien Tod. Sie hat sich mit ihrem Sterben arrangiert und sogar mit dem Pfleger darüber »philosophiert«: »Sie war ganz klar«, was den Pfleger sehr beeindruckte. Und er hatte den Eindruck, »sie wollte auch gehen«. Sie ist in der Nacht allein gestorben und hatte sich schon in der Woche vor ihrem Tod von den Kindern verabschiedet. Auch mit ihrem Mann »hatte sie noch einmal einen guten Sonntag gehabt«. Der Pfleger glaubt, dass »sie allein sterben wollte«.

Was bei Frau Lehmann passiert, ist typisch für die Palliativstation. Das Schmerzmittelregime beinhaltet eine engmaschige Kontrolle des Sedierungsniveaus sowie der krankheits- und medikamentenbedingten Begleitsymptome. Im Gegensatz zur Kurativbehandlung braucht keine Rücksicht auf eine Kausalbehandlung genommen zu werden und es lassen sich Schmerzstrategien in ihrer Reinform identifizieren: Schmerzbehandlung ist Balancearbeit von Schmerzfreiheit und Körperbewusstsein. Man kann annehmen, diese Arbeit an der Körperempfindlichkeit sei für das Sterben nicht bedeutsam. Tatsächlich ist in der Normalversorgung diese Balance durch die Aufmerksamkeit auf Heilung gestört. Es wird bis zur Todesnähe therapiert und in der Agonie des Sterbens der Patient stark sediert (Dreßke, 2008; Göckenjan & Dreßke, 2002). Die Hospizbewegung fordert jedoch die Akzeptanz des Sterbens, und zwar nicht nur rhetorisch, sondern hält dafür auch Praktiken bereit. Gestorben wird als Subjekt des eigenen Sterbens. Damit ist jedoch nicht gemeint, dass Patienten Deutungshoheit über ihr Sterben hätten – die Akzeptanz des Sterbens ist eine Pflicht, auf die das Personal hinarbeitet.

Die für das »gute« Sterben notwendige Reflexionsfähigkeit und das Selbstbewusstsein sind an den Körper bzw. an die Empfindung des Körpers gebunden. Wenn das Selbst aber nicht mehr in seinem Körper wohnt, verliert es den an den Körper gebundene sozialen Charakter. Mit dem Verlust der Körperempfindung ist das Einnehmen von Rollen, das Übernehmen von Pflichten und Erwartungen kaum möglich. Konventio-

nen, auch wenn sie noch so schwach sind, wie die für Sterbende, können kaum mehr in den Körper eingeschrieben werden. Damit ist nicht Schmerzfreiheit das zentrale Ziel der Palliativversorgung, sondern das Einnehmen von Rechten und Pflichten eines Sterbenden, ein Ziel, das mit der Schmerzbehandlung erreicht werden soll, aber unter den diese sich unterordnet.

Schmerz, Körper und die Reorganisation von Identität

Schmerz nimmt die ganze Person in Anspruch, manchmal mehr, manchmal weniger. Aber weil sich Schmerz auf ›Person‹ bezieht, ist er soziale Erfahrung, die in sozialen Figurationen gesteuert wird, wie durch Gewöhnung, Beharrungsfähigkeit, Gratifikationsniveaus oder durch Notwendigkeiten, unter schmerzhaften Bedingungen weiterhin Handlungen ausführen und den ertragenen Schmerzen Sinn zuweisen zu müssen. Schmerz ist zwar ein sehr persönliches Gefühl, es greift aber in der Biografie Platz und wird symbolisch gedeutet. Das, was als physiologischer Schmerz als Signal der Zerstörung an den Körper gerichtet ist und sich im Schmerzempfinden spontan Ausdruck verschafft, wird sozial überformt und sucht soziale Anerkennung, Deutung und Symbolisierung eines brüchig gewordenen Körpers und damit auch als brüchig gewordene Identität. Schmerz wird so zu einem Symbol für Zerbrechlichkeit, Tod und Vergänglichkeit, aber eben auch, wurde er überwunden, zu einer Triebkraft für Veränderung und Neuanfang.

Aus der Perspektive der in die Körpersoziologie integrierten Anthropologie, spielt sich die Organisation des Selbst in der Dualität von »Körper haben« und »Leib sein« ab (Plessner, 1975). Mit »Körper haben« ist die soziale Seite von Zurichtungen und Manipulationen angesprochen. »Leib sein« meint dagegen die subjektiven Erfahrungen, konventionell werden darunter Körperempfindungen vor allem auch der Schmerz verstanden. Mit den Fallgeschichten lässt sich aber auch plausibilisieren, dass Schmerz auch eine intersubjektive, instrumentelle Seite hat und sich dementsprechend in der Dualität des Körpers auch auf der sozialen Seite des ›Körperhabens‹ verortet. Schmerz ist zwar eine zutiefst

subjektive Erfahrung, aber überall, wo diese Erfahrung an Kommunikation und Interaktion anschließen will, ist es alte, vorhergehende und neue soziale Erfahrung.

Die Bedeutung von Akut- und chronischem Schmerz für die Organisation des Selbst wurde von Baszanger (1989) und Hilbert (1984) herausgearbeitet. Im durchstandenen Akutschmerz wird Identität als sozial angeleiteter Prozess aktualisiert bzw. transformiert. Im Schmerzmoment können soziale Zuweisungen eingebrannt und Ordnungen und Orientierungen neu organisiert werden. Der kurzfristige Schmerz ist überblick- und damit auch überbrückbar, er hat eine Struktur, einen Anfang und ein Ende, und ist ein Ereignis, das sinngebender Zweckorientierung offen steht. Durch die soziale Begleitung kann der Körper im Schmerzmoment »abgegeben« und objektiviert werden. Dies lässt sich anhand kurzer Schmerzepisoden demonstrieren, wie der Rollstuhlmobilisation von Herrn Gabriel, in denen der Körper radikal und kurzfristig zu einem »Körper haben« instrumentalisiert wird. Das kann auch so plötzlich sein, dass der Schmerz gar vergessen wird, wie beim Herüberheben vom Bett in den Rollstuhl. Die Fragilität des Körpers wird zwar evident, gleichzeitig auch seine Stärke. Herr Gabriel kann eben im Rollstuhl auf dem Flur rauchen oder die krankengymnastischen Therapien aufsuchen, von denen er sich verspricht, Laufen zu lernen. Wieder in den Alltag versetzt, ist Identität reorganisiert und »Körper haben« und »Leib sein« wieder zusammen geführt.

Der chronische Schmerz weist auf die Endlosigkeit und Unbegrenztheit des Leidens hin und scheint nie wegzugehen. Der Schmerzmoment dehnt sich unendlich aus, vielleicht bis zum Sterben. Im Schmerzerlebnis lösen sich, wie im Akutschmerz, Strukturen, Ordnung und Konvention auf, werden aber zunächst nicht wieder sinnhaft zusammengeführt. Dies ist auch der Grund, warum sich Frau Lehmann trotz harten Kampfes gegen den Schmerz auf die Palliativstation einweisen lässt. Das Krankenhaus kann ihr immerhin die Rolle einer Kranken zuweisen. Zuhause fühlt sie sich alleingelassen und orientierungslos und ist es tatsächlich auch. Nicht einmal der Kontakt zu ihrer Tochter ist möglich. Die Anderen verstehen den Schmerz nicht und wenden sich ab.

Insofern, ließe sich sagen, ist chronischer Schmerz keine transitorische, passagenstrukturierende Erfahrung, es handelt sich um zerstörerischen Schmerz.

Im chronischen Schmerz wehrt sich das Selbst gegen seinen Körper und sucht ihn gleichzeitig, mit dem Versuch der Verortung in sozialen Koordinaten. Am Beispiel von Frau Lehmann zeigt sich, dass soziale Zuweisungen direkt auf Schmerz bzw. die Schmerzempfindlichkeit wirken können: Denn erst als sie das Etikett der Sterbenden aufgenommen hatte, wirkte die Schmerztherapie. Es reicht also nicht, schlicht pharmazeutisch zu sedieren, vielmehr muss an Einstellungen im Kontext des körperlichen Zustandes gearbeitet werden. Damit zeigt das Beispiel, dass chronischer Schmerz nicht immer nur zerstörerisch sein muss, sondern tatsächlich auch zur Reorganisation von Identität motivieren kann. So wendet sich das Personal der Palliativstation eben nicht von der schmerzgeplagten Patientin ab, sondern stellt in Deutungen, etwa als Vorbote des Sterbens, die Sinnhaftigkeit der Schmerzen her.

Die Fallbeispiele von Herrn Gabriel und Frau Lehmann zeigen aber auch, dass nicht nur Schmerzen, sondern auch Nichtschmerzen, die Unempfindlichkeit des Körpers, für die Reorganisation von Identität zu beachten sind. Im Nichtschmerz geht das Körperbewusstsein vollständig verloren. Aufgrund dessen, dass der Körper nicht zum »Körper haben« instrumentalisiert werden kann, fehlen die schlichten Rückkopplungen zum Selbst und somit geht auch der Anschluss an das Soziale verloren. Vor diesem Problem steht Herr Gabriel, der seinen Urin- und Darmtrakt nicht spürt, an dessen Selbstmanagement er zunächst wenig Interesse hat. Andere, kognitiv vermittelte Motivationen müssen dann greifen, um eine Passage zu forcieren: die Appelle an Männlichkeitsbilder und an den Gesundheitszustand. Unter Umständen wird auch die Hoffnung verstärkt, wieder Laufen zu können. Oder es wird ein positives Bild von Behinderung vermittelt, wie bei Herrn Wilke: Aktivität ist auch im Rollstuhl möglich!

Im Nichtspüren des Körpers liegt die Gefahr, dass die *Suche nach Identität* (Strauss, 1974) aufgegeben wird. Das körperlose Selbst ist nicht mehr Träger sozialer Beziehungen (Field, 1978). Demzufolge darf Frau

Lehmann, wenn möglich, nicht vollständig sediert werden, denn das zentrale Anliegen des ›guten‹ Sterbens ist das geordnete Abtreten aus dem Leben, und das heißt, dass auch im Sterben soziale Zuweisungen, Rechte und Pflichten vorliegen. Frau Lehmann darf schließlich nicht sozial gestorben sein, bevor sie physisch tot ist. Ist der Akutschmerz ein lauter Schrei, der chronische Schmerz unverständliches Wimmern, so ist der Nichtschmerz nur noch Schweigen. Die wirkliche Gefährdung für die Organisation und Reorganisation von Identität ist nicht zu viel Schmerz, sondern gar kein Schmerz.

► Anmerkungen

- 1 Zu bedanken haben wir uns bei Kerstin Wagner für die Erhebung und Auswertung der Beobachtungen auf der Palliativstation.

► Literatur

- Baszanger, Isabelle (1989). Pain: Its Experience and treatments. *Social Science and Medicine*, 29, 425-434.
- Dreßke, Stefan (2008). Identität und Körper am Lebensende. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 32 (3/4), 109-129.
- Eksterowicz, Anthony & Eksterowicz, Nancy (2004). The socio-cultural, economic and political impediments to pain care in the twenty-first century. *The Social Science Journal*, 41, 179-196.
- Fagerhaugh, Shizuko & Strauss, Anselm (1977). *Politics of pain management*. Menlo Park, Cal.: Addison-Welsely.
- Field, David (1978). Der Körper als Träger des Selbst. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 20*, 244-264.
- Gerhardt, Uta (1991). Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons. In dies., *Gesellschaft und Gesundheit* (S. 162-202). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göckenjan, Gerd & Dreßke, Stefan (2002). Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27 (4), 80-96.
- Hilbert, Richard (1984). The acultural dimension of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning. *Social Problems*, 31, 365-378.

- Mauss, Marcel (1975). Körpertechniken. In ders., *Soziologie und Anthropologie II* (S. 199-220). Wien: Hanser.
- Melzack, Ronald & Wall Patrick (1982). *The challenge of pain*. Harmondsworth: Penguin.
- Parsons, Talcott (1965). Struktur und Funktion der modernen Medizin. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3*, 10-57.
- Plessner, Helmut (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: de Gruyter.
- Schipperges, Heinrich (1986). Der Schmerz. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 39 (3), 136-140.
- Strauss, Anselm (1974). *Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.